FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ATIVIDADE ACADÊMICA/CIENTÍFICA COMPLEMENTAR (AACC)

MESTRANDO:	
RG:	
LOCAL/SETOR DA AACC:	
PERÍODO:____/____/____A____/____/____	**CARGA HORÁRIA:**
ENDEREÇO (COMPLETO):	
TELEFONE: ( )	
RESPONSÁVEL PELA AACC:	
OBJETIVO DA AACC:	
DESCRIÇÃO DAS TAREFAS QUE SERÃO REALIZADAS:	

_____

Data e Assinatura do Discente Solicitante

Programa de Mestrado Acadêmico "Saúde e Envelhecimento"
Av. Monte Carmelo, 800, Fragata – CEP: 17.519-030 Marília - SP
Fone: (14) 3402 1872 – Email: mestradoacademicofamema@gmail.com

De acordo, _____ **Carimbo e Assinatura do(a) Orientador(a)** **Data:____/____/20____**	**De acordo,** _____ **Carimbo e Assinatura do(a) Responsável pela AACC** **Data:____/____/20____**	**De acordo,** _____ **Assinatura do(a) Solicitante** **Data:____/____/20____**

RESERVADO AO CONSELHO DO MESTRADO ACADÊMICO "SAÚDE E ENVELHECIMENTO"
DATA DA REUNIÃO:
PARECER:
( ) APROVADO **( ) REPROVADO**

_____

Data e Assinatura do Coordenador do Programa

Programa de Mestrado Acadêmico "Saúde e Envelhecimento"
Av. Monte Carmelo, 800, Fragata – CEP: 17.519-030 Marília - SP
Fone: (14) 3402 1872 – Email: mestradoacademicofamema@gmail.com